

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 30.

LA QUESTION
DES
INJECTIONS MERCURIELLES

DANS LE
Traitement de la Syphilis Nerveuse
(ÉTUDE CRITIQUE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antonin POROT

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON
MONITEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ

Né à Chalon-sur-Saône le 23 Mai 1876



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, rue Stella, 3

1904

LA QUESTION
DES
INJECTIONS MERCURIELLES

DANS LE
Traitement de la Syphilis nerveuse

ÉTUDE CRITIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 30.

LA QUESTION

DES

INJECTIONS MERCURIELLES

DANS LE

Traitement de la Syphilis Nerveuse

(ÉTUDE CRITIQUE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antonin POROT

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON
MONITEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ

Né à Chalon-sur-Saône le 23 Mai 1876



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, rue Stella, 3

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
HUGOUNENQ. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	X...
Physique médicale	AUGAGNEUR.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	WEILL.
Matière médicale et Botanique	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE.
Physiologie.	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe.	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	MORAT.
Anatomie pathologique	TEISSIER.
Médecine opératoire	X...
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET.
Médecine légale	TRIPPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.)
	SOULIER.
	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire	DOYON.
---	--------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.) agrégé
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Hygiène administrative	ROUX, —
Thérapeutique générale	COLLET, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique.	ANCEL, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BORDIER.	REGAUD.	GAYET.
PIC.	COURMONT (P.).	CAUSSE.	MOREL.
PAVIOT.	CHATIN.	ANCEL.	NEVEU-LEMAIRE.
NOVÉ-JOSSERAND.	VILLARD.	CHARVET.	NICOLAS.
BERARD.	TIXIER.	COMMANDEUR.	PATEL.
SAMBUC.			

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉPINE, Président; M. LANNOIS, Assesseur;
MM. PAVIOT et CHATIN, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Hommage de reconnaissance

Il y a quelques semaines, M. le professeur agrégé Lannois lisait, au VII^e Congrès français de Médecine, à Paris, un rapport sur les injections mercurielles à la rédaction duquel il avait bien voulu nous appeler à collaborer. Il entreprit, à cette occasion, la revision des nombreuses observations de malades traités dans son service pour des manifestations nerveuses d'origine syphilitique. Ce dépouillement d'observations et les réflexions qu'il suggéra servirent de base à la troisième partie de son rapport et c'est cette étude qu'il nous a autorisé à reprendre et à développer ici.

Rien ne pouvait être plus flatteur pour nous que cette nouvelle marque de sympathie d'un maître avec lequel nous travaillons depuis trois ans et nous sommes heureux de pouvoir ici lui témoigner publiquement notre vive reconnaissance.

Par le naturel et la logique de sa méthode clinique, par la tournure si simplement positive qu'il reflète sur l'esprit de ses élèves, M. le professeur Lépine a joué un grand rôle dans notre formation médicale et c'est ce dont nous voulons le remercier ici plus encore que de l'honneur qu'il nous a fait en nous attachant à sa Clinique et en acceptant la présidence de notre thèse.

Sincèrement et sans phrases, que tous les maîtres qui nous ont accueilli à la Faculté ou dans les Hôpitaux nous permettent de les remercier ici : le professeur Tripier et le professeur agrégé Paviot auprès desquels nous avons fait trois années fructueuses de laboratoire — les D^{rs} Audry, Rabot, Bard, Cordier, Roque, Lyonnet, Rochet, Nové-Josserand, Chatin et Charvet dont nous avons été l'interne ou l'externe.

Un amical souvenir enfin à tous les camarades avec lesquels nous avons partagé, pendant nos années d'études et d'internat, des heures de joyeuse et laborieuse activité.

INTRODUCTION

Si, comme nous le lisions récemment (1), « la philosophie découvre dans les flots troublés de la littérature médicale des paillettes d'or », il faut vraiment la féliciter de cette bonne fortune ; car, moins heureux que les philosophes, les simples praticiens ont parfois bien du mal à trouver dans le flot toujours grandissant des publications et des communications scientifiques une parcelle de vérité et de bon sens.

Chacune des questions qu'une découverte ou un progrès nouveaux remettent à l'ordre du jour, est généralement le point de départ d'une quantité innombrable de travaux de valeur très inégale dont il est parfois difficile de dégager une donnée certaine et positive. Au lieu de laisser la parole aux faits, chacun se croit obligé d'argumenter, d'agiter des théories et des pathogénies creuses, d'apporter des affirmations un peu

(1) A. Bertrand. — Mes vieux médecins, Storck, 1904.

gratuites et souvent contradictoires, de tirer des conclusions hors de proportion avec les faits cités. Pour qui voudrait faire une étude psychologique complète de l'esprit scientifique en médecine, point ne serait besoin d'un vaste champ; la seule observation attentive de l'agitation et du tapage que provoque ce que l'on pourrait appeler une nouveauté thérapeutique serait extrêmement féconde en documents intéressants.

C'est en vain que l'on y chercherait le prudent scepticisme, la raison critique et le positivisme dont on se plaît à parer l'esprit médical. Un tel esprit existe, certes, chez quelques médecins.

Mais à côté de ces indépendants, que de doctrinaires et de dogmatiques bruyants et bavards cherchant à imposer leurs idées et leurs théories à la masse des crédules, avec une sorte de fanatisme scientifique plus funeste encore au vrai progrès que la routine !

Le scepticisme, en particulier, que l'on se plaît à reconnaître au médecin n'est trop souvent qu'une étiquette originale qui flatte sa vanité; ce n'est ordinairement qu'un masque de salon qui, sur le terrain scientifique, découvre la plus décevante des crédulités. Rien n'égale la facilité avec laquelle trop de médecins acceptent tout ce qu'on leur présente et même « se laissent emballer », pour nous servir d'une expression courante et significative.

M. le professeur Lépine, dans sa leçon sur « la Méthode en clinique », avait bien noté cette double tendance, crédulité des jeunes et dogmatisme des maîtres,

lorsqu'il disait : « Les jeunes voient avec les yeux de
« leurs maîtres, ceux-ci voient à travers le prisme
« trompeur de leurs doctrines. » Et très simplement
il ajoutait :

« Tous devraient s'efforcer de voir ce qui est, rien
« que ce qui est, comme un peintre sincère regardant
« son modèle et bien décidé à ne mettre dans son
« œuvre que la moindre part de subjectivité. »

C'est pour avoir méconnu ce précepte que certains
fanatiques, après nous avoir promis je ne sais quelle
miraculeuse guérison du tabes et de la paralysie générale
par les injections mercurielles, prêchant une nouvelle
croisade, excommuniant tous ceux qui ne marchaient
pas à leur suite, ont dû battre en retraite avec
la faillite de toutes leurs promesses.

Cette histoire du traitement spécifique de la syphilis
nerveuse par les injections est intéressante à com-
menter :

Nous assistons, en effet, depuis quelques années à
ce que l'on pourrait appeler le triomphe de la méthode
des injections. Quelle que soit la fréquence avec laquelle
nous soyons appelés à manier le mercure en thérapeu-
tique, nous sommes tous obligés de reconnaître
l'extrême faveur dont jouit depuis cinq ou six ans ce
mode de mercurialisation, la popularité pour ainsi
dire qu'il a conquise dans la pratique médicale et la
généralisation extraordinaire de son emploi. Si l'on
cherche les raisons d'une telle faveur, en mettant à
part les raisons psychologiques de crédulité médicale
auxquelles nous faisons allusion plus haut, voici
celles qui nous paraissent pouvoir l'expliquer :

1^o En première ligne nous devons placer les remarquables améliorations qui, dans ces dernières années, ont marqué la transformation de l'injection mercurielle. Des perfectionnements nombreux ont été apportés : de nouvelles solutions presque indolores ont remplacé les premières injections solubles tant redoutées du malade et même du praticien. La vieille injection de Scarenzio au calomel a subi de notables améliorations dans sa préparation ; elle s'est adjoint quelques succédanés heureux comme l'huile grise. La technique a été mise au point ; l'injection intra-musculaire faite avec une instrumentation spéciale a remplacé l'ancienne injection sous-cutanée : les régions les plus favorables à la piqûre sont maintenant bien établies et tous les temps de cette petite opération sont, à l'heure actuelle, parfaitement réglés. Bref, l'injection mercurielle s'est civilisée et le médecin a vu se familiariser cette méthode jadis barbare ; il n'en redoute presque plus l'emploi ;

2^o Nous rappellerons ensuite la fréquence plus grande des manifestations nerveuses reconnues d'origine syphilitique et l'impuissance où l'on était de les traiter avec les méthodes anciennes ; on comprendra que l'injection ait pu, par bien des médecins, être accueillie avec d'autant plus d'enthousiasme qu'on la lui présentait comme un moyen puissant de mercurialisation. Nous n'avons pas à rechercher si le nombre absolu des véroles a augmenté ; mais ce qui n'est pas niable, c'est qu'aujourd'hui le nombre des affections nerveuses que l'on impute à juste titre à la syphilis s'est considérablement accru et que, pour un bon

nombre d'entités morbides, on a reconnu cliniquement et même histologiquement parfois l'origine syphilitique. La question du tabes en particulier est à peu près jugée à l'heure actuelle et sans tomber dans l'absolutisme de ceux qui voient dans le tabes une manifestation d'origine *toujours* syphilitique, on peut admettre qu'une syphilis ancienne est bien souvent le seul facteur étiologique rencontré chez les tabéliques.

Car, disons-le dès à présent, la syphilis ne touche pas seulement le système nerveux dans ses périodes secondaire et tertiaire.

En créant le groupement des *affections parasymphilitiques*, le professeur Fournier a rattaché à la vérole tout un groupe de maladies évoluant chez d'anciens syphilitiques, mais dont la nature pourtant ne semblait plus rien avoir de spécifique. Le tabes, la paralysie générale furent le type de ces affections d'*origine* syphilitique, mais non de *nature* syphilitique. Que vaut cette doctrine de la *parasymphilis*? Peu nous importe; nous croyons qu'il y a là une discussion oiseuse, une chicane entre les mots *nature* et *origine* où la clinique n'a rien à voir; car sait-on ce qu'est la *nature* intime d'une maladie, avant d'en parler? La maladie ne se révèle à nous que par quelques données positives; la lésion est une de ces données; l'étiologie en est une autre. Or, nous ne voyons pas de quel droit on nierait la parenté d'un tabes et d'une méningite basilaire, survenant chez un sujet syphilitique. L'étiologie syphilitique existe dans les deux cas; ces deux cas sont donc de la même famille.

C'est à ce titre que sous le nom de *syphilis ner-*

ceuse nous englobons toutes les manifestations morbides du système nerveux qui semblent *déterminées* par la syphilis, qu'elles surviennent tôt ou tard après l'accident primitif, qu'elles soient diffuses ou systématisées.

Qu'il y ait, suivant l'âge des accidents, des différences histologiques et des différences dans la réaction au traitement spécifique, nous l'admettons et nous soulignerons même ce fait dans un instant ; mais nous croyons que pas plus sur les données étiologiques que sur le terrain histologique on n'est en droit d'opposer une *syphilis nerveuse vraie* et une *parasyphilis*.

Or, pour en revenir à la question du traitement, qu'advenait-il en pratique ? Les manifestations syphilitiques nerveuses proprement dites, processus artéritiques ou méningés en activité, pour lesquels on admettait une virulence active de la vérole, étaient énergiquement attaquées par le mercure et souvent lui cédaient. Par contre, c'est mollement et sans conviction qu'on dirigeait sur les affections considérées comme fatalement et lentement sclérosantes de la parasyphilis une médication iodo-potassique ; elles étaient considérées comme incurables.

Mais les injections mercurielles, améliorées et rendues plus praticables, firent leur entrée sur la scène clinique précisément au moment où l'on rattachait à la syphilis ces maladies systématisées tardives, dites alors parasyphilitiques, tabes et paralysie générale. L'idée vint tout naturellement à l'esprit d'essayer cette méthode qui, présentée par les syphiligraphes comme un puissant moyen de mercurialisation, devait

pensait-on, porter l'action spécifique du métal plus loin et plus profondément. On aurait là une occasion de plus de bien marquer le départ entre les deux groupes d'affections : les syphilitiques vraies, de nature et les syphilitiques d'origine, non de nature. Une épreuve qui semblait aussi simple à réaliser fut pourtant le point de départ de désaccords profonds et de discussions violentes. Tandis que les uns constataient silencieusement que sur le tabes et la paralysie générale pesait la même incurabilité, d'autres se flattaient bruyamment d'avoir levé cet arrêt d'incurabilité. Devant le scepticisme général se dressa une conviction ardente ; avec cette foi qui transporte les montagnes, on a cherché à ébranler les doctrines régnantes, et à l'aveu général d'impuissance on a voulu substituer le dogme de la curabilité du tabes et de la paralysie générale par les injections mercurielles à hautes doses.

L'ardeur, vraiment surprenante, avec laquelle M. Leredde a voulu soutenir cette théorie que la guérison de ces affections n'était en définitive qu'une question de doses de mercure, l'ardeur de M. Leredde, disons-nous, s'est brisée contre le scepticisme général et les protestations publiques de nombreux cliniciens.

Les neurologistes, en effet, constatèrent en grand nombre après une expérience silencieusement poursuivie, que les ataxiques ne retrouvaient pas mieux leurs jambes, ni les paralytiques généraux leurs facultés.

Pourtant la nouvelle thérapeutique marquait un progrès réel dans l'application de la médication spé-

cifique et s'il est vrai de dire qu'on s'instruit surtout par ses erreurs, elle aura eu le mérite de nous montrer les limites auxquelles on peut aller dans l'application du traitement mercuriel et qu'on ne saurait en aucun cas dépasser.

En somme si la certitude est acquise que pour bien des cas courants de syphilis nerveuse précoce et histologiquement curable, l'injection frappe plus fort que les anciennes méthodes et marque, à ce titre, un réel progrès, le doute et l'impuissance flottent toujours sur bien des problèmes que quelques-uns s'étaient prématurément flattés de résoudre.

Cette question des injections mercurielles dans la syphilis nerveuse se trouve après bien des oscillations à peu près réglée actuellement ; l'expérience clinique parallèlement poursuivie dans bien des services est de date déjà assez ancienne, pour pouvoir fournir des conclusions ; celles-ci, comme certains fruits mûrs, sont prêtes pour la cueillette ; il n'y a plus qu'à tendre la main pour les avoir.

C'est ce que nous nous proposons modestement de faire ici.

Un mot sur le plan de ce travail.

Désireux de rester fidèle à la méthode clinique chère à notre maître, et « de voir ce qui est et rien que ce qui est » nous resterons le plus possible à l'écart des discussions théoriques et nous commencerons par donner la parole aux faits.

L'expérience poursuivie pendant plusieurs années dans son service, par notre maître le Dr Lannois, a mis à notre disposition assez de documents pour que

nous ayons cru n'en pas chercher d'autres et ce sont les documents intéressants que nous y avons récoltés que nous exposerons d'abord.

Puis, donnant la parole à une autre série de faits positifs, nous verrons ce que l'anatomie pathologique nous apprend sur cette question de la syphilis nerveuse et de ses possibilités de guérison.

Dans une troisième partie, nous exposerons quelques-unes des principales opinions qui ont été émises dans ces derniers temps sur la question et nous en dégagerons quelques arguments confirmatifs des conclusions qui découlent de nos faits d'observations.

Nous serons alors en état de tirer les conclusions générales de ce travail et de poser les règles du traitement par les injections mercurielles dans la syphilis nerveuse.

CHAPITRE PREMIER

Considérations cliniques

Depuis 5 ou 6 ans, il n'est pas de service de neurologie où tous les nerveux syphilitiques n'aient été soumis au traitement par les injections mercurielles et comme nous le disions, c'est une expérience parallèle qui s'est poursuivie sur plusieurs points à la fois. Plusieurs neurologistes ont déjà fait leur bilan et déposé leurs conclusions.

C'est depuis 5 ou 6 ans aussi que le Dr Lannois traite systématiquement tous ses malades nerveux, anciens spécifiques, par les injections mercurielles. C'est toujours aux sels solubles qu'a été donnée la préférence ; le *benzoate* a été le plus fréquemment employé et l'on n'a eu qu'à s'en louer ; les doses ordinairement employées étaient de 1-2 centigr. par jour, mais dans plusieurs cas, surtout en ces deux dernières années, les doses ont été plusieurs fois portées jusqu'à 4 centig. ; le *biiodure* a été assez fréquemment employé à doses

ordinairement plus fortes de 1 ou 2 centig., soit 2, 4 et 6 centig. L'*hermophényl* enfin et plus récemment l'*énésol* ont été employés dans quelques cas, beaucoup plus rares.

Il s'est toujours agi d'injections intra-musculaires et au point de vue technique, il n'y a jamais rien eu de spécial. Nous passons rapidement sur ces considérations d'ordre technique pour arriver aux résultats cliniques.

Nous ne voulons pas ici relater toutes les observations du service ; il y en a une trentaine, nous n'avons retenu que celles qui présentent quelque intérêt au point de vue thérapeutique, soit parce que l'on a eu des résultats nettement positifs, soit parce qu'au contraire malgré les conditions favorables dans lesquelles se présentaient les malades, on n'a pu obtenir une guérison qu'on était en droit d'espérer. Toutes celles qui ne sont pas citées ici sont identiques au point de vue du résultat : le traitement mercuriel s'est toujours montré absolument inefficace.

Etudions donc les quelques cas que nous avons cru devoir retenir en raison de leur intérêt ; toutes ces observations seront publiées résumées, pour éviter les détails inutiles et ne retenir que les faits intéressants au point de vue thérapeutique.

Voici d'abord le plus beau cas de syphilis cérébrale qu'il nous ait été donné d'observer et celui sur lequel les injections mercurielles semblent avoir eu le plus de prise. Nous l'avons publié en novembre 1902 tout au long dans le *Lyon Médical*.

OBSERVATION I

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans qui, d'après son dire, aurait été la victime, un an et demi auparavant, d'une syphilis vaccinale dont on trouvera le détail dans la relation précitée. D'emblée, la vérole s'était montrée très maligne : une syphilis ecthymateuse étendue avait succédé rapidement à l'inoculation et le malade portait sur tout le corps, au moment où nous le vîmes, de vastes cicatrices de nature indubitable.

Quinze mois après l'inoculation, le malade se sentait gagné par une asthénie extrême, des céphalées violentes, était obligé d'abandonner son travail et bientôt tombait dans un véritable état méningé grave avec fièvre (40°), coma, délire, vomissements incoercibles.

Six semaines après cet incident, il entra dans notre service, sorti de son coma, mais gardant encore un état général extrêmement précaire, incapable de se tenir debout, asthénique et céphalalgique à l'extrême, sans aucune force musculaire et portant les stigmates d'une véritable méningite basilaire syphilitique : paralysie de la troisième paire crânienne des deux côtés, de la sixième et de la septième paire du côté droit, des troubles de la parole et de l'exagération des réflexes avec prédominance marquée à gauche.

Une amélioration rapide et remarquable se manifestait sous l'influence des injections quotidiennes de benzoate de mercure. Quinze jours après l'entrée, le malade se levait et marchait : la céphalée disparaissait. Le malade demandait sa sortie la cinquième semaine après son entrée ; il restait un peu de parésie dans le domaine de la troisième paire et un peu de faiblesse musculaire au niveau des membres.

Mais le malade, à qui pourtant on avait recommandé de continuer un traitement mercuriel, ne fit plus aucun traitement à sa sortie. Aussi, quatre mois plus tard, il se

représentait à notre service dans un état stationnaire ; il avait pourtant engraisé de 7 kilogrammes. Les paralysies oculaires ne s'étaient pas aggravées ; mais on notait du côté des membres de la trépidation épileptoïde ; il y avait un tremblement généralisé et de l'inégalité pupillaire.

Une nouvelle série d'injections de benzoate amena une nouvelle amélioration et le malade quitta le service à nouveau ; il ne s'est pas représenté à nous depuis deux ans.

Il s'agit dans ce cas de ce que l'on pourrait appeler une syphilis cérébrale grave et précoce.

Dans les cas de ce genre, on est encore en pleine virulence syphilitique et c'est ce qui explique l'intensité et la gravité des symptômes généraux ; il y a là une grande part de ce que l'on pourrait appeler des symptômes diffus, une véritable méningite basilaire. Or qu'advient-il sous l'influence du traitement ? Le mercure a une large prise et les injections sont particulièrement efficaces ; il y a de véritables guérisons du moins en ce qui concerne l'état général ; mais bien souvent cette guérison laisse des séquelles et se fait au prix d'une lésion résiduelle avec perte fonctionnelle consécutive ; il semble que lorsqu'un système différencié de fibres a été touché, il récupère moins facilement l'intégrité de ses fonctions. Dans les syphilis graves précoces, les symptômes diffus disparaissent ; les symptômes de localisation sont plus tenaces et souvent persistent comme séquelle.

La virulence d'une syphilis qui donne des accidents nerveux est parfois attestée par des manifestations cutanées contemporaines ; il est intéressant dans ces cas de noter l'influence du mercure sur les deux ordres

de manifestations ; quelquefois on voit tout rentrer dans l'ordre, manifestations nerveuses et cutanées ; d'autres fois la poussée cutanée rétrocede, mais la détermination nerveuse persiste en partie, surtout s'il s'agit d'une manifestation nettement localisée.

A ce point de vue, les deux observations qu'on va lire sont intéressantes, nous montrant ces deux réactions différentes au traitement.

OBSERVATION II

Une femme de 50 ans se présente à la consultation avec une paralysie faciale gauche qui serait survenue assez brusquement il y a 3 mois en même temps que de la faiblesse des membres du même côté. En examinant attentivement cette malade, nous notons une hémiplegie gauche légère avec un peu de contracture au niveau du bras : la malade nous raconte qu'à 4 ou 5 reprises elle a ressenti de violentes secousses dans les muscles de la face du côté gauche, la première fois avec sensation d'angoisse et de vertige. Une fois même on peut assister à une de ces attaques qu'on peut interpréter comme une manifestation convulsive limitée à la face.

Cette femme se plaint, en outre, de violentes céphalées et en la déshabillant nous remarquons au niveau de l'omoplate gauche et de la fesse droite deux ulcérations croûteuses de la dimension d'une pièce de 5 francs et d'aspect syphilitique.

La malade qui ignore si elle a eu la syphilis, mais a eu deux fausses couches, est immédiatement soumise aux injections d'énésol — alors à l'étude dans le service — et, après 17 injections, nous avons le plaisir de constater la cicatrisation des accidents cutanés, la disparition complète de la céphalée et des crises convulsives de la face, et la

rectitude presque complète des traits au niveau du visage. La dose d'énésol a été rapidement portée à 0 gr. 06 et a été suspendue en raison d'un léger ptyalisme.

OBSERVATION III

Un tanneur de 55 ans entre dans le service pour une hémiplégie gauche légère avec phénomènes spasmodiques du côté des membres inférieurs.

C'est un homme qui a vécu dans l'Amérique du Sud, de 25 à 50 ans, y a contracté à 30 ans une syphilis soignée à l'hôpital de Buenos-Ayres pendant les tout premiers accidents, mais jamais depuis ; il a fait quelques excès alcooliques qu'il avoue.

L'hémiplégie pour laquelle il se présente est survenue, il y a 5 ans, pendant la nuit, s'est rapidement améliorée au bout d'un mois et a permis au malade de reprendre son travail jusqu'à ces derniers jours.

Nous notons à l'examen comme symptôme nerveux : un état d'obnubilation assez marqué, de la lenteur dans les idées, dans les réponses, une parésie légère du membre supérieur gauche et de la faiblesse des membres inférieurs avec exagération des réflexes rotuliens, quelques troubles sphinctériens.

Le fait intéressant est que ce malade présente en même temps, sur l'avant-bras gauche, des syphylides cutanées non douteuses.

Après trois injections de biiodure de mercure, les manifestations cutanées disparaissent totalement, mais, malgré la continuation du traitement, les accidents nerveux persistent.

Malgré la précocité des accidents nerveux par rapport au chancre et l'intensité d'un traitement hâtif, on

a parfois le regret de constater qu'aucune amélioration ne se produit.

OBSERVATION IV

Cette observation est très intéressante à rapporter, en raison de la précocité extrême des accidents nerveux par rapport à l'accident primitif.

C'est un jeune malade qui a eu son chancre en janvier 1901 et donnait, six mois après, les premières manifestations d'une myélite syphilitique qui, malgré divers traitements par les injections mercurielles, a poursuivi son évolution.

Le malade, qui était aussi paludéen (fièvre d'Algérie) et absinthique, eut son chancre à l'âge de 24 ans et quelques accidents secondaires pendant deux mois seulement ; il se soigne d'une façon insignifiante, prend douze pilules de Dupuytren en tout.

Six mois après, se promenant avec sa femme, il tombe brusquement, sans crise, ne peut se relever et rentre chez lui appuyé sur l'épaule de sa femme, la jambe gauche entièrement paralysée. Dans les jours qui suivent il s'aperçoit que lorsqu'il pose sa jambe à terre, elle est prise d'une violente trépidation à caractère épileptoïde d'après sa description. Deux mois après, troubles sphinctériens, il perd ses matières. Le bras gauche ensuite devient maladroit, la parole devient un peu paresseuse.

Il entre, après six mois, dans le service du docteur Mollard qui constate, outre les symptômes précédents, une notable amyotrophie du bras et de la jambe gauche.

Il reçoit alors quatre à cinq injections de calomel et quatre grammes d'iodure par jour. Il nous dit avoir été amélioré par ce traitement.

Pourtant lorsqu'il entre chez nous, un an et demi après le début de ses accidents, il présente toujours cette parésie

très marquée du membre inférieur gauche avec raideur et clonus intense et atrophie, un peu d'exagération des réflexes du côté du membre inférieur droit, des troubles sphinctériens qui ne se sont pas amendés et des troubles de la sensibilité thermique assez marqués au niveau des régions fessières.

Malgré des injections régulièrement faites de biiodure, le malade reste dans le même état et nous ne constatons aucune amélioration.

Voici un autre exemple qui nous montre qu'il ne faut pas trop se hâter de chanter victoire et qu'il ne faut pas se fier à certaines guérisons apparentes.

OBSERVATION V

M. Lannois a eu à traiter récemment dans sa clientèle un homme d'une cinquantaine d'années ayant eu la vérole dans sa jeunesse qui prit, en novembre 1903, une série de crises épileptiformes très fréquentes. L'examen montre une inégalité pupillaire très nette et, à part quelques hallucinations curieuses de l'ouïe et de l'odorat, on ne relève aucun autre symptôme nerveux. Soumis à un traitement intensif par les injections de benzoate et de biiodure (en série de 30 avec repos et reprises) on assiste à une véritable guérison ; crises et hallucinations disparaissent. Saturé de mercure jusqu'à production de ptyalisme, le malade est envoyé dans le Midi. Mais brusquement une nouvelle série de crises reparait, enrayée par de nouvelles injections.

Mais au moment où tout fier de l'intervention thérapeutique, on se réjouit d'avoir sauvé la vie de ce malade, voici que survient un nouvel état de mal, bientôt suivi d'hémiplégie auquel le malade survit à peine quelques jours.

A plusieurs reprises, nous avons eu l'occasion de

voir céder rapidement aux injections mercurielles des paralysies de nerfs crâniens survenues sans autre accident nerveux.

OBSERVATION VI

Nous avons vu un cas de paralysie faciale survenir chez un étudiant en pleine poussée secondaire, alors que le chancre initial était incomplètement guéri. Le traitement par les injections fut poussé de façon intensive et nous vîmes rapidement céder la paralysie.

OBSERVATION VII

M. Lannois a observé un autre étudiant qui eut brusquement un grand vertige à forme de vertige de Ménière et se releva avec une surdité unilatérale complète et une paralysie faciale.

Le traitement spécifique par les injections fit bien disparaître la paralysie faciale, mais non celle du labyrinthe, car la surdité persista.

M. Lannois a fait allusion dans son rapport à plusieurs autres cas de ce genre, paralysies isolées ou combinées de la septième ou de la huitième paire : le facial récupère presque toujours ses fonctions, mais il n'en est pas de même de l'acoustique et la surdité syphilitique brusque, par lésion du labyrinthe, est trop souvent définitive.

Citons encore, comme exemple de paralysie crânienne guérie, une belle observation d'ophtalmoplégie.

OBSERVATION VIII

C'est une femme de 56 ans, très obèse, diabétique du reste, qui vient nous trouver parce que, depuis une dizaine de jours, elle ressent une violente céphalée, des douleurs névralgiques très aiguës dans toute la région périorbitaire et surtout parce que, depuis la même époque, elle a senti sa paupière gauche tomber progressivement et s'est aperçue qu'elle voyait double.

Nous constatons, en effet, une paralysie totale des muscles innervés par la troisième paire gauche ; le droit externe est intact et la paralysie complète pour la troisième paire lui est strictement limitée. La pupille gauche est dilatée.

Nous ne trouvons par ailleurs aucun autre symptôme nerveux, pas de troubles moteurs ou sensitifs dans le domaine des membres ou de la face. Pas de Romberg ; mais affaiblissement assez marqué des deux réflexes rotuliens.

Interrogée au point de vue syphilis, la malade nie formellement tout accident ; elle est aussi affirmative pour son mari, malgré qu'elle reconnaisse qu'il était très coureur. Pourtant, au retour d'un séjour de deux ans en Afrique, elle raconte qu'elle avait des éruptions tenaces dans les mains et qu'un médecin consulté à ce moment avait fait cette réflexion, que « tant qu'elle aurait ce mal à la main, elle n'aurait pas d'enfant. »

Nous mettons immédiatement la malade au traitement spécifique et lui injectons pendant douze jours du benzoate de mercure (0 gr. 04). Puis quatre jours de repos et nouvelle série de six injections. Exactement un mois après le début du traitement, la malade commence à relever la paupière : les mouvements du globe oculaire reparaissent progressivement et, après une nouvelle série de dix inject-

tions, la malade se trouvait, deux mois après le début du traitement, totalement guérie avec tous les mouvements possibles et les pupilles égales.

A la suite de tous ces cas où le mercure fut donné en injections, nous voulons placer une observation qui constitue une des plus belles guérisons de syphilis nerveuse, mais qui date de l'époque où les injections mercurielles n'étaient pas encore entrées dans la pratique courante du service (1896) et où les frictions d'onguent napolitain constituaient avec l'iodure de potassium tout le traitement antisypilitique.

OBSERVATION IX

Il s'agit d'une femme relativement jeune (44 ans) dont la syphilis était établie par les aveux du mari, par une fausse couche et par le stigmate d'une syphilis pigmentaire du cou indubitable ; toutefois on ne pouvait préciser l'âge auquel elle fut infectée par son mari.

Depuis un an elle présentait des étourdissements et depuis deux mois il s'agissait de véritables vertiges avec chutes fréquentes ; six jours avant d'entrer elle commence à bredouiller en parlant et 48 heures après, dans la nuit, le bégaiement augmente, la parole devient inintelligible, de grands mouvements convulsifs apparaissent avec sensation permanente de vertige, sans perte de connaissance pourtant.

Elle entre dans cet état, absolument incapable de se tenir debout ; cet état de paralysie est plus marqué à gauche, où il s'accompagne de contracture douloureuse. Il est impossible de se faire comprendre de la malade dont les réponses, du reste, sont inintelligibles. Il y a une grosse

inégalité pupillaire avec réflexes abolis pour la pupille droite qui est la plus dilatée.

Quatre semaines après l'entrée, la malade qui avait été soumise au traitement mixte par les *frictions* avec 4 grammes d'onguent napolitain et l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes présente une grande amélioration qui ne fait qu'augmenter dans les mois suivants.

Quatre mois après la malade quittait le service, marchant à peu près normalement, en tout cas très commodément, ne présentant plus de troubles de la parole, ayant retrouvé sa mémoire, et ne gardant qu'un peu d'exagération des réflexes et quelques douleurs dans les jambes qu'elle accusa dès qu'elle put parler ; encore est-il que ces douleurs violentes et profondes au début, étaient très améliorées.

* * *

Si nous abordons maintenant l'étude des nombreux cas de tabes ou de paralysie générale qui ont été soumis par nous aux injections mercurielles, force nous est bien d'avouer que nous n'en avons guéri aucun ; nous avons toujours vu l'affection poursuivre son évolution lente ou rapide.

Deux fois seulement nous avons eu un résultat que l'on pourrait qualifier de favorable malgré son caractère partiel et relatif.

Encore est-il, comme on va le voir, que ces cas ne prouvent pas grand chose.

Dans l'un en effet (Obs. X) il s'agit d'une simple rémission dont nous ignorons la durée ultérieure, rémission qui, comme on le sait, peut s'observer en dehors de tout traitement.

Dans l'autre (Obs. XI) la réapparition du réflexe rotulien chez un tabétique a pu faire croire à une

guérison relative. Mais chez ce malade il pouvait bien s'agir d'une simple méningo-myélite syphilitique en pleine activité, le malade ayant en même temps des manifestations cutanées. Dans ce cas du reste, c'est le sirop de Gibert (et non l'injection) qui constitua le traitement spécifique.

Voici ces deux observations.

OBSERVATION X

C'est un paralytique général de 42 ans qui aurait avoué autrefois la syphilis à son médecin mais est incapable actuellement de préciser la date de la contamination ; pareillement, on ignore le traitement qu'il a pu lui opposer.

Les premiers accidents remontent à six mois et ont été surtout des troubles de la parole ; puis, il y a trois mois, il y a eu un petit ictus qui s'est reproduit trois semaines avant l'entrée.

L'état démentiel qui a apparu rapidement et s'est accompagné d'hallucinations est tel que le malade est comme un enfant au moment de son entrée.

La ponction lombaire montre une lymphocytose assez abondante.

Nous observons le malade pendant deux mois et le soumettons aux injections quotidiennes de benzoate de mercure (0,04 c. gr.).

Au bout du premier mois, on avait pu noter une amélioration assez notable, lorsque subitement le malade prend un petit ictus avec engourdissement des membres du côté droit et dysarthrie extrême.

Mais le malade s'améliore à nouveau et six semaines après son ictus, sa femme l'emmène et profitant de cette amélioration très relative, arrive à le faire travailler un peu

dans une usine. Le malade est alors perdu de vue et nous ignorons la durée de cette rémission.

OBSERVATION XI

Malade qui a 46 ans, a eu la syphilis à 28 ans, syphilis qui semble, dans le début, avoir donné des accidents tenaces. Il a d'abord été traité pendant dix mois à l'Antiquaille pour des ulcérations interminables des membres inférieurs, survenues peu après la roséole et dont on voit encore les cicatrices ; quatre ans après accident tertiaire au niveau de la lèvre supérieure guéri par l'iodure de potassium.

Depuis une huitaine de jours, il a des douleurs fulgurantes très vives dans la jambe droite ; en même temps apparition de placards rouges sur la face antérieure de la cuisse, puis de quelques papules plus petites qui disparaissent rapidement, ne laissant que les gros placards indurés. Les douleurs lancinantes ont reparu par accès nocturnes violents et de courte durée dans ces derniers jours ; il a en même temps une sensation de constriction thoracique avec angoisse qui ne dure aussi que quelques minutes.

A l'examen somatique, nous notons une hypoesthésie très marquée à la face externe de la cuisse et surtout l'*abolition du réflexe rotulien à droite* et sa conservation à gauche. Pas de Romberg net ; le malade est seulement un peu maladroit pour se mettre à genou et se relever. Les pupilles sont en myosis, mais réagissent aux deux modes. Le passé syphilitique de notre malade, l'éruption récente, les douleurs fulgurantes, l'abolition du réflexe rotulien à droite nous font penser à un tabes au début et nous soumettons alors le malade au traitement mixte, mais sans injections : sirop de Gibert alternant avec les frictions.

Or, à notre grand étonnement, nous assistons à la *réapparition progressive du réflexe rotulien droit* et à la disparition presque complète des douleurs fulgurantes.

Revu quatorze mois après, le malade avait gardé le bénéfice de cette amélioration.

Mais, à côté de ces deux observations, peut-être en faveur de la méthode, combien d'absolument négatives !

Bien plus, nous avons des observations de tabétiques ou de paralytiques généraux traités énergiquement dès le début par les injections et qui ont poursuivi leur évolution.

Voici, par exemple, une malade qui est restée sous une surveillance médicale soigneuse depuis le début de sa syphilis et dont la paralysie générale précoce a déjoué tous les traitements.

OBSERVATION XII

Mine S... a 29 ans au moment où nous l'observons en pleine paralysie générale.

C'est à 24 ans qu'à l'occasion d'une éruption généralisée on aurait fait le diagnostic de syphilis et prescrit l'emploi des pilules de Dupuytren. Depuis, cette malade reste sous la surveillance médicale d'un excellent spécialiste, le Dr Coignet, et suit un traitement méthodique. Quelques mois après cette éruption, céphalées intenses qui malgré l'emploi de l'iodure et de l'onguent napolitain en frictions ne sont améliorées que par les injections intra-musculaires de calomel. A ce moment la malade reçoit toute une série d'injections de calomel, d'abord bi-hebdomadaires, puis hebdomadaires. L'emploi des frictions est prescrit ensuite et la syphilis reste silencieuse pendant un an. A ce moment apparaissent des modifications du caractère, des

troubles psychiques tels que le mari songe à demander le divorce.

Vers la fin de 1902 (les premiers accidents traités dataient de mai 1898), apparaissent des troubles de la parole, des cauchemars, de l'excitation motrice. Le médecin craint une paralysie générale et pendant 3 mois fait des injections quotidiennes de biiodure et d'hermophényl. Il n'y a pas d'amélioration : la mémoire au contraire se perd ; les actes incohérents, les paroles délirantes en font une véritable démente qu'on est obligé de surveiller à tout instant. La malade est amenée en mars 1903 à l'Antiquaille où les injections de biiodure sont remplacées par des injections massives de calomel et l'iode à hautes doses.

Malgré tous les efforts thérapeutiques, l'état ne s'amende pas, se complique de crises épileptiformes. Quelques mois après, en pleine période de traitement, elle prend un ictus avec hémiplégie gauche. Son état nécessite son internement dans un asile où elle meurt quelques mois plus tard.

De même pour le tabes — Voici une observation de tabes précoce où malgré un traitement énergique, l'évolution a été rapide et fatale. Nous pourrions du reste citer plusieurs cas de ce genre.

OBSERVATION XIII

Un homme qui a eu des convulsions dans l'enfance et la typhoïde à l'âge de 44 ans, ancien sous-officier rengagé, fortement entaché d'absinthisme, contracte à 34 ans une syphilis qui est immédiatement soumise au traitement mercuriel (pilulés et injections d'huile grise) ; au bout d'un an n'ayant plus d'accident il suspend tout traitement.

Trois ans après le chancre, à l'occasion d'une période de 28 jours, il commence à s'apercevoir que ses jambes sont

faibles et le trahissent ; quelques mois après, des crises gastriques extrêmement violentes apparaissent ; puis très rapidement, en quelques mois, la marche devient complètement impossible, à cause de l'incoordination ; des douleurs lancinantes viennent aussi compléter un syndrome tabétique et, après avoir vu plusieurs médecins qui commencent le traitement spécifique, le malade vient échouer dans notre service. C'est un grand ataxique confiné au lit avec douleurs lancinantes, crises gastriques d'une grande violence, anesthésies, signe de Romberg, d'Argyll-Robertson et troubles sphinctériens.

Nous le traitons énergiquement par les injections de benzoate de mercure, mais sans aucun résultat ; le malade rentre chez lui et bientôt, soit 3 ans après le début du tabes, son médecin nous écrit pour nous apprendre qu'il vient de mourir avec des symptômes méningés ayant évolué en 8 jours. (Céphalée, vomissements, mouvements jacksoniens, Cheyne-Stokes et coma.)

*
* *

Si nous jetons un regard d'ensemble sur toutes ces observations qu'en pouvons-nous conclure ?

1° Qu'il y a des cas de syphilis cérébrale qui ne guérissent pas.

2° Qu'il y en a qui guérissent entièrement.

3° D'autres enfin qui guérissent partiellement.

1° Parmi ceux qui, malgré le traitement par la méthode mercurielle la plus efficace, c'est-à-dire la méthode des injections, n'ont pas guéri, nous rangeons sans hésiter tous les cas de tabes et de paralysie générale. Pour contre-balancer une vingtaine de cas entièrement négatifs et parmi lesquels des cas où même le traitement préventif (Obs. XII) ou très précoce (XIII) avait été fait soigneusement, nous n'avons

qu'une observation de rémission au cours d'une paralysie générale (Obs. X). et une observation de tabes (ou méningo-myélite) (Obs. XI) avec retour du réflexe rotulien, exception infime, on l'avouera, par rapport à la règle générale.

2° Nos cas de guérison complète ont tous trait à des accidents très légers (Obs. VIII) ou survenant très près de l'accident primitif (Obs. VI et VII).

3° Les cas avec guérison partielle sont plus difficiles à interpréter avec les seules données cliniques. Ce qui semble disparaître après le traitement spécifique, ce sont les symptômes diffus ou généraux qui traduisent la phlegmasie spécifique en activité sur les méninges ou les vaisseaux (Obs. I) et coexistent souvent avec une lésion cutanée (Obs. II). Par contre, l'on voit souvent persister les symptômes organiques localisés traduisant l'atteinte souvent ancienne, en tous cas grave et destructive, d'un système différencié (Obs. I, III).

En somme tout ce qui est récent ou diffus ou semble en activité est accessible au mercure; tout ce qui a un caractère franchement destructif ou dégénératif, tout ce qui est ancien et systématisé (tabes, paralysie générale) semble lui échapper.

Voilà ce que nous apprend la clinique. Nous allons maintenant rapprocher de ces données celles que nous fournit l'anatomie pathologique et nous verrons qu'elle explique très bien cette différence de réaction vis-à-vis du traitement spécifique.

CHAPITRE II

Considérations anatomo-pathologiques

Pour bien nous rendre compte de ce que peut un traitement mercuriel dans la syphilis et pour connaître la limite où il peut atteindre et où il doit s'arrêter, nous pensons que l'anatomie pathologique en nous renseignant sur l'état des lésions peut nous donner la mesure de la curabilité de ces lésions. A ce titre cet ordre de renseignements doit s'ajouter en bonne place à côté de ceux que nous fournit la clinique.

A l'exception des accidents secondaires, toujours légers et superficiels, il suffit de considérer l'aspect des syphilides tertiaires, des gommes de la peau ou des viscères pour se rendre compte que la *restitutio ad integrum* ne se fait jamais complètement et que la guérison se fait toujours au prix d'une cicatrice ; de même, l'on sait très bien que certaines perturbations

anatomiques sont fatalement irrémédiables. Prenons comme exemple la syphilis si fréquente de l'aorte. Que le traitement spécifique puisse enrayer l'extension de plaques gélatiniformes sur l'aorte, la chose peut se concevoir ; mais qu'à la faveur de cette aortite spécifique, la tunique moyenne se soit rompue et qu'un anévrysme se soit développé, on comprendra qu'on ne peut pas demander au traitement spécifique de recoller les fibres élastiques de cette tunique moyenne et de faire rentrer l'ectasie. Pareillement lorsqu'une destruction s'est faite dans un point quelconque du système nerveux, à la suite d'une hémorrhagie par exemple, ou lorsqu'un nerf de la base se trouve englobé dans une plaque méningée cicatricielle on ne va demander au mercure de restaurer ce qui est détruit de faire de la substance nerveuse nouvelle ou de faire disparaître une cicatrice qui est un processus de guérison.

A Westphal, écrivant ces mots : « Jamais une dégénérescence grise des cordons postérieurs n'a été guérie par des traitements antisypilitiques », le professeur Fournier a répondu avec juste raison que pareille proposition pourrait être escortée de plusieurs autres analogues et non moins irréfutables, telles que les suivantes : « jamais le traitement antisypilitique n'a comblé une perforation sypilitique du palais ; — jamais il n'a effacé une cicatrice syphyilitique de la peau ; — jamais il n'a reconstitué un testicule atrophié par la syphilis. »

Le simple examen des lésions macroscopiques de la syphilis nerveuse, aidé d'un peu de bon sens, montre

qu'il y a des lésions fatalement incurables. Et de même que nous admettons très bien la disparition entière d'une roséole ou d'une plaque muqueuse, lésions très superficielles, nous admettons très bien aussi la résorption possible sans cicatrice d'un nodule artéritique léger ou d'un épaissement léger et œdemateux de la méninge.

Mais là nous touchons au processus histologique de la syphilis et nous croyons intéressant de le développer un peu, car il va nous fournir la clef et l'explication de bien des points que la clinique nous enseigne.

Nous allons demander à cette histologie pathologique de nous montrer comment on doit concevoir le mot guérison et comment celle-ci est commandée par l'âge et le siège des lésions.

La syphilis est une maladie dont les lésions essentielles sont toutes de nature inflammatoire; mais, suivant l'âge et l'acuité du processus, nous observons toute la gamme des manifestations inflammatoires.

M. le professeur Tripier, dans son *Traité d'anatomie pathologique générale*, a très bien exposé toutes ces étapes histologiques de la maladie. Nous avons eu dans son laboratoire l'occasion de voir un certain nombre des documents histologiques sur lesquels il s'est appuyé et ce sont quelques pages de son ouvrage que nous lui demandons la permission de rapporter ici.

Après l'accident primitif, inflammation dermique profonde, à tendance suppurative et partant à guérison cicatricielle, les manifestations de la syphilis sont essentiellement protéiformes: éruptions cutanées et plaques muqueuses caractérisées par une simple

hyperplasie inflammatoire sont des lésions facilement résorbables et, partant curables facilement et sans cicatrice (accidents secondaires).

De grandes différences marquent ensuite les lésions connues sous le nom de *gomm*es : des néoproductions cellulaires d'ordre inflammatoire, s'infiltrant en un organe ou en un tissu, provoquent immédiatement, par le mécanisme des oblitérations vasculaires, une nécrose des éléments propres du tissu affecté ; autour de la zone nécrosée, les néoproductions forment un cercle inflammatoire à tendance sclérosante.

Comme on peut le voir dans le livre précité sur des figures de gomme du foie, la substance dégénérée qui donne au centre de la gomme son aspect si spécial est constituée non pas par des cellules inflammatoires en voie de transformation, comme on l'avait toujours cru, mais en grande partie, sinon pour la totalité, par les portions propres du tissu affecté. Les néoproductions inflammatoires ne servent qu'à circonscrire ces portions nécrosées, et celles-ci poursuivant leurs transformations dégénératives, la guérison se fait par une cicatrice qui remplace la partie dégénérée. Ce processus est de tous points assimilable à celui de guérison des infarctus.

« Ce qui est particulier aux lésions syphilitiques, c'est la perturbation produite dans le tissu affecté par l'abondance des néoproductions qui ne tardent pas à *se substituer* au tissu propre sous la forme d'une sclérose. Il en résulte immédiatement une désorganisation entraînant des troubles circulatoires caractérisés par la suppression de la circulation sur un point

pendant qu'en amont ou à la périphérie, la vascularisation est augmentée; ce qui explique à la fois la nécrose caséuse constituant la gomme avec les productions hyperplasiques périphériques de plus en plus accusées. »

Tel est le mécanisme intime de production et de guérison des lésions tertiaires dites gommeuses.

Deux points nous intéressent et sont à retenir au point de vue thérapeutique :

C'est l'atteinte et la perte très précoce de l'élément propre du tissu touché.

C'est la guérison par substitution d'une cicatrice.

Voilà comment il faut concevoir la lésion syphilitique et sa guérison.

Aussi bien, s'il s'agit d'un organe comme le foie, la perte de quelques lobules hépatiques ne se fait pas sentir sur la fonction générale de l'organe, à moins qu'elle ne soit trop multipliée. Tandis que l'on conçoit aisément qu'en un centre nerveux où tout est admirablement divisé pour la systématisation, où le plus petit système de neurones est préposé à une fonction, l'atteinte de la syphilis se traduira par une perte irrémédiable de la fonction, malgré l'arrêt cicatriciel du processus.

Nous ne saurions trop souligner ce point capital qui montre toute la différence de réaction du système nerveux par rapport aux autres viscères en face de la vérole. Il nous explique la gravité plus grande de la syphilis nerveuse et surtout nous rend compte de ces faits cliniques nombreux où nous voyons la guérison se faire presque toujours au prix d'une séquelle et de la persistance d'un symptôme de localisation.

Poursuivons, avec M. Tripier, l'étude histologique de la vérole. Ce que l'on appelle la parasyphilis et qui, pour lui comme pour la plupart des auteurs, est toujours d'origine syphilitique, est encore une production inflammatoire survenant à une époque éloignée, non précise, se présentant avec des caractères variables, suivant le tissu atteint. Mais il ne croit pas qu'« une fois la syphilis admise dans les antécédents, on puisse réellement distinguer ce qui est un produit syphilitique direct de ce qui ne serait qu'une production indirecte ». Rappelant la différence déjà profonde qui sépare entre eux les accidents muqueux ou cutanés secondaires et les gommes où, du reste, les phénomènes de sclérose finissent par dominer, « il n'y a rien d'étonnant, dit-il, à ce que, ultérieurement encore, on ne rencontre plus que ces scléroses à des degrés divers ».

Et, soulevant la question du traitement spécifique, il ajoute :

« Il suffit de réfléchir un instant à la nature des lésions pour se rendre compte qu'on n'obtient un véritable succès que dans les cas où il s'agit de lésions facilement modifiables, comme celles des plaques muqueuses ou des syphilides.

« Les gommes guérissent complètement, ou incomplètement s'il y a beaucoup de tissu nécrosé; mais en tous cas le tissu qui a été sclérosé persiste à l'état de tissu cicatriciel. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que des lésions de sclérose seule ne soient pas autrement modifiées par le traitement. »

Bien plus, nous ajouterons, étant données les con-

nexions fonctionnelles des différents systèmes de neurones entre eux, qu'une fois la dégénérescence commencée, le traitement est impuissant à l'enrayer et qu'elle se poursuit suivant les lois de connexion physiologique ou anatomique propres au système nerveux.

On comprend donc très bien que d'une part le traitement soit sans influence sur des lésions qui, de par leur constitution ne peuvent pas rétrocéder et que d'autre part on ne soit plus maître à ce moment de l'évolution ultérieure.

C'est ce que M. Tripier a exprimé dans les lignes suivantes :

« Mais, objectera-t-on, comment se fait-il que le traitement, qui est si efficace pour empêcher la formation de nouvelles gommés, soit impuissant pour s'opposer à la continuation d'une artérite, d'une méningo-encéphalite ou d'un tabes ?

« Si le traitement, répond-il, est favorable pour obtenir la cicatrisation d'une gommé suppurée, il ne peut rien sur le tissu sclérosé produit à ce niveau, et il paraît surtout agir d'une façon préventive.

« On peut, par analogie, parfaitement comprendre que *le traitement soit sans effet sur des lésions scléreuses qui ont commencé à s'établir sur des parties plus ou moins étendues et qui, par suite des relations fonctionnelles et vasculaires des régions atteintes, continuent de s'étendre ou tout au moins se complètent.*

Et pour lui qui, comme d'autres, a vu la possibilité d'enrayer ou de limiter des accidents plus rapprochés

de l'accident primitif, la conclusion est que « c'est surtout par *le traitement préventif suffisamment prolongé qu'on a le plus de chances d'empêcher la production de lésions qui, une fois établies, de par leur constitution ne peuvent guère rétrocéder.*

Combien simple la question nous apparaît à la lumière de ces données scientifiques vraies, toutes étayées sur des choses vues, et combien alors nous est facile le pronostic de curabilité d'une lésion; nous saurons alors ce qu'on peut attendre d'un traitement intensif par les injections et à quel moment nous devrons l'employer ou l'arrêter.

CHAPITRE III

Opinions et documents sur la curabilité de la syphilis nerveuse par les injections mercurielles.

Sur les accidents précoces de la syphilis nerveuse, il n'y a pas grande divergence dans les opinions et tout le monde admet bien que la méthode des injections constitue un des meilleurs moyens d'attaque que le praticien ait à sa disposition. Permettant l'emploi de fortes doses, de doses massives en cas d'urgence, assurant une absorption plus régulière du mercure, la méthode des injections se recommande de préférence aux autres.

Où l'on ne s'accorde plus, c'est sur la question du tabes et de la paralysie générale.

Pour la plupart, le traitement spécifique est inefficace contre le tabes et la paralysie générale.

Tout le monde n'est pas absolument de cet avis et

quelques voix se sont fait entendre pour soutenir la thèse contraire.

Voyons ces diverses opinions.

*1. — Le dogme de la curabilité du tabes
et de la paralysie générale*

Depuis 2 ans nous voyons M. Leredde s'attacher à défendre cette théorie que le tabes et la paralysie générale, étant d'origine syphilitique, sont sûrement curables à condition qu'on les traite assez tôt et qu'on leur oppose des doses suffisantes de mercure.

Avec une ardeur toute apostolique, atteignant parfois l'intensité d'un fanatisme, il a soutenu ou fait soutenir cette thèse dans tous les journaux scientifiques, l'a portée à l'ordre du jour de toutes les Sociétés savantes et des Congrès, s'attaquant violemment aux idées régnantes et à leurs représentants les plus autorisés.

Lui-même a reconnu le grave inconvénient de sa doctrine lorsqu'il écrivait que son travail « constituait une véritable dissertation théorique, sortant du ton habituel des travaux de médecine. » Il ne pouvait pas être, en effet, porté de meilleur jugement sur le travail d'ensemble qu'il publia en 1903. (*La nature syphilitique et la curabilité du tabes et de la paralysie générale. — Paris, Naud 1903*).

Ce travail est passible de plusieurs reproches :

1^o Même avec son caractère théorique, il n'est pas

très solidement assis au point de vue de la logique et l'argumentation de M. Leredde n'est pas absolument irréprochable.

En effet, il a nettement posé au début de son travail (page 29), la question sous la forme d'un dilemme :

« Le tabes et la paralysie générale sont ou non de nature syphilitique, sont ou non curables par le traitement mercuriel ».

Après avoir longuement prêché des convertis en plaidant la nature syphilitique du tabes et de la paralysie générale que personne ne conteste guère aujourd'hui, il arrive à sa conclusion qu'étant de nature syphilitique, ces affections sont curables.

M. Leredde qui aime à manier les figures de logique nous permettra de lui faire observer que son dilemme n'est qu'un syllogisme incomplet, dont la deuxième proposition est sous-entendue. — Après avoir posé la prémisse :

— *Le tabes et la paralysie générale sont de nature syphilitique ;*

et avant de tirer sa conclusion :

— *Donc ils sont curables ;*

il devrait nous, semble-t-il, établir sa deuxième proposition :

— *Or, ce qui est de nature syphilitique est toujours curable ;*

C'est ce qu'il n'a pas pris la précaution de faire.

Outre les dangers qu'il y a de vouloir réduire les problèmes de la médecine aux trois termes d'un syllogisme, nous ferons remarquer que le défaut de l'argumentation de M. Leredde est précisément dans

ce second terme, et, contrairement à lui, nous appuyant sur la clinique et l'anatomie pathologique, nous disons : *Ce qui est de nature syphilitique n'est pas toujours curable.*

Nous avons vu, en effet, combien variables étaient les lésions de la syphilis suivant son âge et l'organe touché. Les lésions qui marquent le début d'un tabes, d'une paralysie générale, d'une aortite syphilitique, sont des lésions qui, de par leur nature et dans leur constitution, sont déjà incurables. En tous cas, ce qui est irréparable, c'est l'atteinte dégénérative ou nécrotique portée si précocement aux éléments propres par une lésion elle-même à prédominance scléreuse. Avec l'atteinte de la cellule pyramidale ou du protoneurone centripète, c'est une fonction qui disparaît à tout jamais, et comme dans le système nerveux tout est admirablement systématisé et relié, les dégénérescences se poursuivront suivant les lois qui leur sont propres.

Tout traitement est alors inutile et peut devenir dangereux. Il devient, en tous cas, aussi illogique de vouloir guérir par le mercure ces tabétiques que de vouloir traiter un vieux cardiopathe valvulaire en asystolie par le salicylate de soude, sous le prétexte que ces lésions sont d'origine rhumatismale.

2° C'en est pas avec des considérations théoriques qu'il faut juger une telle question : il faut apporter des faits positifs, cliniques et histologiques, irréprochables. Or, le travail de M. Leredde ne se base que sur des observations de seconde main.

Il ne fournit pour son compte qu'une seule observa-

tion qu'il a étiquetée « tabes » et qui pour lui a une grosse importance, puisque c'est ce fait qui lui aurait fait entrevoir la vérité et inspiré la foi ardente qui l'anime. Or, le malade de 43 ans, qui présentait 2 ans 1/2 après son chancre ce « tabes » au début n'avait pour tout symptôme que « paresse vésicale, troubles visuels, mydriase et lenteur de l'accommodation, réflexes rotuliens conservés, tachycardie ». Nous savions bien que le comble de l'habileté pour un clinicien est de faire un diagnostic avec le minimum de symptômes, mais encore est-il, qu'il faut que ces symptômes soient positifs. On ne bâtit pas un diagnostic de tabes sur la conservation des réflexes rotuliens, symptôme plutôt négatif en l'occurrence.

M. Leredde avait du reste porté « cette question théorique » devant la Société de Neurologie de Paris. On se contenta de lui demander s'il apportait de nouvelles observations de tabétiques et de paralytiques généraux guéris au moyen du traitement mercuriel. Plutôt que de reconnaître la question embarrassante, M. Leredde la déclara superflue ; car, selon lui, des exemples de pareilles guérisons « il en existe déjà peut-être cinquante, peut-être cent ».

Oui, mais pas un seul ne résiste à une critique tant soit peu serrée : soit qu'il s'agisse de cas où le tabes a été simplement enrayé dans sa marche, ce qui s'est vu à la suite de toutes sortes de traitements, voire en dehors de toute intervention thérapeutique ; soit que le diagnostic ait été sujet à caution, en raison du caractère fruste des accidents. C'est au fond, ce que M. Babinski objecta dans les termes suivants : « Tout

ce que vient de dire M. Leredde n'est pas nouveau. Ce qui serait nouveau, ce serait de pouvoir obtenir, comme l'admet M. Leredde, de véritables guérisons, c'est-à-dire un retour à l'état normal, chez des malades ayant présenté des signes caractéristiques du tabes : mais à l'appui de son opinion il n'apporte aucun fait probant. »

M. P. Marie fut plus sévère et avoua qu'en entendant M. Leredde, il n'était pas très éloigné de devenir réactionnaire. « Je ne puis, disait-il, laisser passer
« sans protestation cette affirmation que si les tabé-
« tiques et les paralytiques généraux ne guérissent
« pas c'est que le traitement n'a pas été assez éner-
« gique et prolongé. Nous connaissons tous malheu-
« reusement, des cas où le traitement fut suivi d'une
« aggravation manifeste. Vouloir persister dans ces
« cas, c'est aller au-devant des plus sérieux accidents
« et je crois qu'il est indispensable de tenir en garde
« nos confrères contre toute exagération dans ce
« sens. »

Du reste, à l'heure actuelle, la thèse de M. Leredde n'a plus guère de crédit. Pourtant il faut lui savoir gré du progrès qu'il a fait faire au traitement de la syphilis nerveuse par les injections, en apprenant à bien se servir des doses intensives. Ce fut son mérite de chercher, pour employer une expression de M. Balzer, à égaliser la puissance curative du mercure à la puissance nocive de l'infection syphilitique ; mais son tort fut de méconnaître que tout ne se passait pas aussi simplement et aussi mathématiquement dans la pratique ; un peu moins de dogmatisme et un peu plus

d'observation lui aurait évité d'attacher son nom à une doctrine fatalement condamnée à la faillite.

Le professeur Erb, faisant récemment allusion à cette sorte de « fanatisme » qui, dans ces derniers temps, s'est emparé de quelques médecins français et les pousse à poursuivre la guérison du tabes et de la paralysie générale à la faveur de cures mercurielles aussi énergiques et aussi prolongées que possible, ajoutait ces mots : « Je suis un peu sceptique à l'égard
« de cette manière de faire ; je crois qu'en matière de
« cures de ce genre, une certaine prudence est à sa
« place et j'attends le résultat final de ces héroïques
« efforts thérapeutiques. Puisse-t-il être favorable ! »

Du reste, avant de trouver des juges à Berlin, ce nouveau dogme a été combattu maintes fois en France par la plume et par la parole et l'opinion générale des médecins et des neurologistes français en a fait justice.

II. — *Inefficacité curative des injections dans le tabes et la paralysie générale*

C'est l'opinion généralement admise à l'heure actuelle : on ne guérit pas le tabes ou la paralysie générale.

Nous ne voulons pas citer toutes les déclarations faites à ce sujet, tant en France qu'à l'étranger. Nous n'en rapporterons que quelques-unes basées sur des statistiques ou émanant d'observateurs dignes de foi.

Voici la déclaration, très suggestive, faite par le professeur A. Fournier (Société française de dermato-

logie et de syphiligraphie, 6 mars 1902), à propos d'une observation communiquée par M. Leredde :
« J'ai réuni environ 1.300 cas de *tabes*, 1.000 étaient
« d'origine syphilitique, 100 ne présentaient pas de
« syphilis, 200 étaient douteux. Je puis presque affirmer
« d'avoir guéri un cas de *tabes* par le calomel, mais je
« suis certain de n'en avoir pas guéri deux. Il y a un
« fossé infranchissable pour le traitement entre l'action
« du mercure sur la syphilis et son action sur la para-
« syphilis : tandis que le traitement guérit 99 pour 100
« des lésions syphilitiques proprement dites, il n'agit
« presque jamais sur les parasyphilis comme le *tabes* ou
« la paralysie générale... Il faut toujours déclarer avec
« beaucoup de circonspection qu'une lésion a été guérie
« par le mercure ; en dehors des cas qui s'arrêtent spon-
« tanément dans leur évolution, il existe un assez grand
« nombre de cas de *tabes frustes*, surtout chez les
« femmes. Ces *tabes* persistent pendant des années et
« sans transformation, en se manifestant seulement par
« quelques symptômes tels que l'inégalité pupillaire, le
« myosis, l'ophtalmoplégie interne unilatérale, des trou-
« bles urinaires passagers. Le traitement qui leur serait
« appliqué paraîtrait en enrayer la marche : il n'est
« qu'indifférent. »

La statistique apportée par Maurice Faure au Congrès de Bruxelles (1903) porte sur 1.960 cas ; elle montre que le pourcentage des guérisons et des améliorations est égal ou même moins élevé chez les tabétiques qui ont subi un traitement que chez ceux qui n'en ont subi aucun.

M. Milian (la Syphilis, janvier 1904), rapporte plu-

sieurs cas pris au début et intensivement traités (comme dans quelques-unes de nos observations) tous sans résultat.

Mais, fait plus intéressant, cet auteur a montré, après avoir constaté la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien des tabétiques que cette lymphocytose n'était nullement influencée par le traitement spécifique même intensif.

A la discussion suscitée à la Société de neurologie par le professeur Brissaud, en janvier 1902, les neurologistes les plus compétents vinrent donner leur avis sur l'efficacité du traitement spécifique ; aucun, bien entendu, n'apporta de cas de guérison ; quelques-uns (Raymond, Joffroy), accusèrent même le traitement intensif d'être quelquefois dangereux. Seuls Babinsky et P. Marie ont reconnu à son actif quelques améliorations.

Joffroy (cité par Balzer), professe dans ses cours que le traitement intensif par les injections aggrave la paralysie générale, cela résulte notamment d'expériences comparatives qui ont été faites à l'asile Sainte-Anne sur un groupe de malades non traités par le mercure, et sur un autre groupe traité par les injections. Les malades de ce dernier groupe, après avoir paru présenter un peu d'amélioration, ont offert ensuite une marche plus rapide de la maladie. L'aggravation était plus marquée encore chez ceux qui avaient reçu des injections intra-veineuses. Au contraire, les malades qui n'avaient pas subi de traitement mercuriel intensif, étaient dans un état relativement meilleur.

À l'étranger, Strümpell, Benedikt, Hirschkrönn, Erb, Gowers ont proclamé l'incurabilité du tabes et de la paralysie générale par le traitement spécifique.

Pour Gowers (the Brit. med. journal 4 avril 1903), tabes et paralysie générale sont des maladies post-syphilitiques ou parasymphilitiques sur lesquelles le traitement spécifique est impuissant et nuisible et il assimile ces maladies aux paralysies post-diphthériques.

Strümpell admet que les lésions de tabes sont dues à la *toxine* syphilitique, ce qui expliquerait l'inefficacité du traitement.

Quoiqu'il en soit de ces explications, le fait dominant c'est que personne n'a encore cité un fait certain et irréfutable de guérison absolue et durable d'un tabétique ou d'un paralytique général par le traitement spécifique et, comme dit Milian, « nous attendons toujours l'*observation clinique cruciale* d'un tabétique avéré avec signe de Westphall ou signe d'Argyll, dûment et plusieurs fois constatés, avec lymphocytose céphalo-rachidienne, chez lequel ces symptômes ou l'un de ces symptômes disparaissent complètement sous l'influence d'une cure mercurielle ».

III. — Possibilité d'améliorations et de rémissions. — Causes d'erreur dans l'interprétation.

Si l'on n'a pas encore de guérison complète d'un cas de tabes ou de paralysie générale, on possède pourtant un certain nombre d'observations où l'on a noté des arrêts réels dans l'évolution, des rémissions.

Nous-mêmes en avons rapporté quelques cas dans nos observations ; nous avons même relaté un cas de réapparition du réflexe rotulien.

Pour le *tabes* on a publié beaucoup de cas d'arrêt de la maladie. Mais c'est surtout dans la paralysie générale que des rémissions heureuses, presque des guérisons ont été relatées (Devay, Lemoine de Lille, Roux, de Saint-Etienne).

Mais avant d'attribuer à une cure mercurielle le résultat heureux qui la suit, il importe de se mettre à l'abri des causes d'erreur qui peuvent fausser notre appréciation. On ne saurait être trop sceptique en pareille matière. Comme le fait observer M. Milian, « on s'inquiète qu'on publie si peu de ces résultats favorables, alors qu'il y a tant de tabétiques et tant de médecins qui les mercurialisent ».

Arrêts et rémissions spontanés.

Pour le *tabes*, chacun sait combien sont fréquents ses arrêts spontanés. Souvent et sans aucun traitement, un *tabes* qui s'annonçait bruyamment par des douleurs fulgurantes violentes, des crises gastriques atroces, s'arrête brusquement, laissant au malade tout loisir de reprendre ses occupations et n'aboutissant jamais ou que très tard à l'ataxie.

On s'est même demandé dans ces dernières années, si le *tabes* ne semblait pas devenir plus bénin qu'autrefois et à la Société de neurologie, M. Brissaud faisait remarquer la plus grande lenteur de son évolu-

tion et le grand nombre des tabes qui se fixent en quelque sorte comme une infirmité plus ou moins grave, plus ou moins légère.

Quelle part faut-il attribuer dans cette variation à l'influence du traitement spécifique ; la discussion qui suivit cette communication montra des avis très partagés.

Quoi qu'il en soit, nous avons tous vu des tabes s'arrêter ou des crises gastriques ou fulgurantes disparaître spontanément, en dehors de tout traitement et l'on comprend qu'il ne faille pas se hâter d'attribuer au traitement ce qui n'est peut-être que le résultat d'une simple coïncidence.

Mêmes réflexions au sujet de la paralysie générale.

M. le Professeur Pierret a récemment attiré l'attention sur les rémissions spontanées qui surviennent dans l'évolution de cette maladie (Lyon Médical. Déc. 1902) et il n'est pas rare d'observer à l'hôpital des malades entrant en période critique avec obnubilation complète, confusion mentale absolue, troubles extrêmes du langage et après quelques jours, reprenant leur lucidité, un usage relatif de leur langue et demandant leur renvoi ; le cas nous est arrivé tout récemment dans le service du professeur Lépine.

*Erreurs dans le diagnostic ou dans l'examen
symptomatique.*

On peut très bien se tromper dans l'appréciation d'un symptôme tabétique ou paralytique. La notation exacte d'un réflexe par exemple est souvent délicate

et peut varier d'un examen à l'autre si on ne se place pas toujours dans des conditions de recherche rigoureusement identiques.

De plus, on peut très bien voir se greffer un ou plusieurs symptômes intercurrents dont la disparition peut être injustement mise sur le compte d'une cure spécifique. L'hystérie par exemple ajoute souvent aux symptômes tabétiques vrais des troubles visuels, des troubles de la sensibilité qu'on se flatte à tort de guérir par le mercure..

Enfin l'on peut se tromper dans son diagnostic. Certains syndromes tabétiques sont simulés par des névrites; des méningo-myélites souvent difficiles à distinguer et guérissant spontanément ou sous l'influence du mercure quand elles sont spécifiques.

Pareillement certaines neurasthénies ou certaines encéphalopathies transitoires et curables peuvent être prises pour une paralysie générale.

Action propre du mercure sur la cellule nerveuse.

En dehors de son action spécifique sur la vérole, le mercure possède une action excitante sur la cellule nerveuse (comme le prouverait le tremblement mercuriel) et nous demanderons avec M. Lannois dans quelle mesure il ne donnerait pas une excitation factice des cornes antérieures de la moëlle ou de l'écorce ayant pu faire croire à l'amélioration de la fonction motrice chez les tabétiques et les paralytiques généraux. Cela expliquerait pourquoi certains tabétiques

viennent parfois redemander une série de piqûres alors qu'on ne trouve pas de modifications somatiques appréciables. Certains neurasthéniques syphilitiques éprouvent également un retour d'activité physique et intellectuelle sous l'influence des injections.

Toutes ces causes d'erreur doivent nous montrer la circonspection que l'on doit apporter dans l'interprétation des résultats d'une cure par injections mercurielles. Souvent, comme pour le malade de l'Obs. V, au moment où l'on se félicite d'une guérison qui n'est qu'une rémission, une nouvelle série d'accidents survient qui montre que la lésion continue son évolution.

Nous ne nions pas la possibilité des arrêts, des rémissions, dans le tabes et la paralysie générale, mais nous ne les admettons qu'avec réserve.

En résumé, personne ne conteste la possibilité de la guérison des accidents nerveux survenant pendant la période dite active de la syphilis.

Pour le tabes et la paralysie générale, manifestations systématisées et tardives, personne n'a jamais établi qu'on pouvait les guérir; presque tous les auteurs, au contraire, avouent l'impuissance des injections. Tout au plus signale-t-on des arrêts, des rémissions et des améliorations, qu'on ne doit même admettre qu'avec circonspection, tant leur nombre est infime et les causes d'erreur fréquentes.

CHAPITRE IV

Déductions pratiques — Indications des injections mercurielles dans la syphilis nerveuse

En somme, il apparaît très nettement des constatations cliniques que l'on peut faire sur la syphilis nerveuse et des considérations histologiques auxquelles elle prête qu'elle réagit différemment au traitement spécifique, suivant son âge.

Certains accidents précoces ou légers (paralysies faciales, céphalées, névralgies) cèdent très facilement à un traitement ordinaire, moyen, parce que la lésion à cette période est très facilement résorbable.

D'autres, correspondant à ce que cliniquement on nomme période tertiaire, sont déjà plus graves et guérissent rarement d'une façon complète; ils correspondent à ce qu'histologiquement on pourrait appeler la période gommeuse; il y a bien possibilité de guérison mais avec cicatrice et perte irrémédiable

de l'élément touché et de sa fonction ce qui se traduit cliniquement par une guérison relative avec persistance d'un ou plusieurs symptômes de localisation.

Enfin, tardivement, la syphilis produit encore des lésions qui sont alors d'emblée sclérosantes et se traduisent par des affections systématiques à évolution plus ou moins lente et plus ou moins progressive (tabes — paralysie générale) sur lesquelles le mercure ne saurait avoir aucune prise. Par leur nature, elles sont imperméables et inaccessibles au traitement; on peut peut-être les prévenir; on ne saurait les guérir.

Entre ces trois groupes existent tous les intermédiaires; ce cycle évolutif de la syphilis peut être du reste parcouru en plus ou moins de temps et la vérole peut brûler ses étapes.

On ne saurait en conséquence instituer des formules de traitement de la syphilis nerveuse rigoureusement sériées d'après l'ancienneté plus ou moins grande du chancre. Il faut avoir cette donnée présente à l'esprit, mais il faut aussi s'inspirer de son bon sens et des circonstances. Pratiquement, voici comment l'on se comportera.

1^o Lorsqu'en pleine période secondaire, on verra se produire un accident nerveux léger et bénin comme allures (paralysie faciale par exemple), on pourra se contenter de poursuivre simplement le traitement déjà institué; toutefois les injections de sels solubles à dose moyenne (1 à 2 centigr. de sel benzoate ou biiodure), constitueront une excellente thérapeutique plus sûre et plus rapide.

2^o A-t-on affaire à une série d'accidents nerveux sur-

venant chez des malades en période tertiaire et co existant parfois avec une poussée cutanée (accidents paralytiques, aphasie, convulsions), ou se trouve-t-on en présence d'un état général grave traduisant une atteinte diffuse des méninges par exemple (méningite basilaire spécifique)? un traitement énergique sera institué. Les frictions seraient à la rigueur suffisantes et ont donné de bons résultats ; mais aujourd'hui qu'on a à sa disposition la méthode des injections, on n'hésitera pas à y recourir. L'injection de sels solubles à hautes doses, en tâtant la susceptibilité du malade (2 à 4 centigr. de sel soluble benzoate ou biiodure) convient à presque tous les cas, sauf ceux d'extrême urgence où l'injection de doses massives de calomel est préférable.

Le traitement sera poursuivi pendant 10 à 15 jours sous forme d'injections quotidiennes suivant la tolérance du malade ; il faudra alors savoir s'arrêter et ne pas s'obstiner en face de la persistance d'un symptôme, car nous l'avons dit, la guérison dans ces cas-là se fait toujours au prix d'une séquelle et d'une perte fonctionnelle définitive. Ultérieurement, sur le malade, presque toujours porteur d'une petite infirmité définitive, on pourra reprendre une nouvelle série d'injections à dose moyenne pour parer préventivement aux nouvelles poussées toujours possibles. C'est dans ces cas-là que l'obstination et l'abus du mercure peuvent être funestes, soit par la débilitation qu'ils amènent chez le malade, soit par l'exagération ou l'aggravation du symptôme irréparable que l'on cherche vainement à faire disparaître.

3^o Les tabétiques et les paralytiques généraux, s'ils sont au début de leur affection, seront justiciables d'une série d'injections : nous ne croyons pas qu'il y ait intérêt à faire systématiquement et d'emblée un traitement intensif ; on le commencera de moyenne intensité et on pourra élever les doses jusqu'à 3 centigr. par exemple de sel soluble ; mais on surveillera attentivement son malade et si aucun résultat n'est observé, on abandonnera rapidement les injections qui peuvent devenir dangereuses. Il est rare qu'un tel traitement donne des résultats ; toutefois on doit le faire pour éviter l'extension du processus qui poursuivra néanmoins sur place ses dégénération.

De temps à autre, une ou deux fois par an, comme tout ancien syphilitique, le tabétique et le paralytique général seront soumis à une petite cure mercurielle d'injections de doses moyennes pour parer à de nouvelles poussées ; mais nous pensons qu'on doit absolument proscrire ce traitement systématique et obstiné que quelques médecins imposent sans trêve à leurs malades ; il est non seulement inutile, mais peut devenir nuisible et produire des aggravations (Joffroy, Brissaud). Dans le même ordre d'idées, il faudra savoir, chez un tabétique, respecter des crises gastriques ou des douleurs fulgurantes que l'abus du traitement mercuriel entretient d'une façon intempestive (Milian).

Contrairement à ce qui se pratiquait dans ces dernières années, nous ne saurions trop recommander la prudence et la modération dans l'emploi des injections mercurielles chez les tabétiques et les paralytiques généraux.

Il ne faut pas perdre de vue que lorsque les injections sont inutiles, elles sont toujours nuisibles, surtout aux doses où l'on nous a appris à les manier dans ces dernières années,

Dans tous les cas que nous avons envisagés, chacun évidemment se servira du sel et de la technique qui lui sont le plus familiers. Toutefois, à de rares exceptions près, nous croyons que les injections intra-musculaires de sels solubles sont actuellement ce qu'il y a de plus pratique et au dernier Congrès de Médecine où, comme on le sait, la question était à l'ordre du jour, l'accord semble bien s'être fait sur le benzoate et le biiodure comme représentant les plus actifs, les mieux tolérés et les moins nocifs des sels mercuriels.

CONCLUSIONS

I

On s'est beaucoup enthousiasmé dans ces dernières années pour l'emploi des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis nerveuse. Les remarquables améliorations qui ont rendu plus praticable cette méthode : le rattachement à la syphilis de maladies comme le tabes et la paralysie générale sont les deux grandes raisons qui expliquent cette fréquence de leur emploi. Nous ajouterons aussi un autre facteur : la crédulité médicale que l'on a trompée en lui promettant la guérison du tabes et de la paralysie générale par cette nouvelle méthode.

II

Pour se faire une idée exacte des résultats qu'on peut obtenir, le mieux est d'interroger les faits cli-

niques et les données que nous fournit l'anatomie pathologique.

M. Lannois a traité dans son service une trentaine de cas environ de syphilis nerveuse. Les résultats ont été très variables.

Deux ou trois observations mentionnent une guérison complète, il s'agissait toujours d'accidents légers ou précoces ou retrocédant en même temps qu'une poussée cutanée sous l'influence des injections.

Dans quelques autres cas, appartenant à ce que l'on pourrait appeler la période tertiaire de la syphilis, on obtient par les injections la guérison de la plupart des symptômes ; mais presque toujours il subsiste une séquelle, un symptôme résiduel de localisation sur lequel le traitement s'use en vain. Cette guérison partielle du reste a été tout ainsi bien obtenue dans un cas par les frictions.

Sur vingt cas de tabes ou de paralysie générale, on ne note pas une seule guérison, malgré l'emploi du benzoate à fortes doses (2 à 4 centigr.). Dans 1 cas pourtant (P. G.) la malade était suivie depuis le début de sa syphilis et énergiquement traitée ; malgré toutes les tentatives, l'évolution fut rapide et fatale. Même évolution fatale dans un cas de tabes précoce et hâtivement soigné.

Dans un cas seulement fut notée une rémission au cours de la paralysie générale, et une fois aussi fut notée la réapparition du réflexe rotulien chez un tabétique.

Tous les autres cas sont restés absolument inaccessibles au traitement.

III

La mesure de la curabilité en fait de syphilis nerveuse est fournie par l'état des lésions.

Or, déjà à la période tertiaire, dans les processus gommeux, on peut se rendre compte histologiquement, de l'atteinte et de la perte très précoce de l'élément propre du tissu touché et de la guérison par substitution d'un tissu de cicatrice.

Or cette perte très précoce de l'élément propre, indifférente dans un organe comme le foie où toutes les parties concourent à une fonction commune, ne l'est plus dans le système nerveux où tout est admirablement différencié, et où chaque système de neurones est préposé à une fonction. D'où cette conclusion que la guérison d'une lésion syphilitique du système nerveux se fera toujours à cette période au prix d'un résidu cicatriciel et d'une perte fonctionnelle.

Ce que l'on appelle la parasymphilis n'est plus représenté histologiquement que par des lésions d'emblée sclérosante et partant ne saurait être modifié par le traitement.

IV

Le dogme de la curabilité du tabes et de la paralysie générale que M. Leredde a cherché à imposer avec un véritable fanatisme scientifique n'est pas soutenable; l'argumentation de M. Leredde tombe devant

ce fait que ce qui est syphilitique n'est pas toujours curable. A l'appui de son dogme M. Leredde n'a du reste apporté aucun fait positif et toute sa doctrine se réduit, comme il l'a dit lui-même, à une simple discussion théorique.

Un fait au contraire domine la question : c'est le nombre infime de cas vrais et indiscutables de guérison par rapport au nombre considérable de cas négatifs.

Tout au plus doit-on admettre quelques rémissions et quelques améliorations ; encore ne doit-on le faire qu'avec réserve, à cause du grand nombre de causes d'erreur qui peuvent fausser l'appréciation de ces cas : rémissions et arrêts spontanés, erreurs de diagnostic, action excito-motrice du mercure, etc.

V

Pratiquement pourtant, toute syphilis nerveuse doit être traitée et de préférence par les injections.

Pour les accidents légers et de début, doses moyennes de sels solubles.

Pour les cas de syphilis nerveuse tertiaire, doses moyennes de sels solubles, à moins d'extrême urgence. Ne pas s'obstiner devant la persistance d'un ou plusieurs symptômes qui sont des séquelles définitives.

Pour le tabes et la paralysie générale, aller avec prudence : une cure moyenne ou intensive au début ;

puis suspendre rapidement, s'il n'y a pas de résultats et faire annuellement un ou deux traitements moyens.

Proscrire le traitement systématique et obstiné que quelques médecins imposent sans trêve à leurs malades. Il est inutile et peut devenir nuisible.

Le benzoate et le bi-iodure semblent définitivement consacrés comme les sels les plus pratiques.

Le Président de la thèse,
LÉPINE.

Vu :
Le doyen,
LORTËT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 21 novembre 1904.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université.
GABRIEL COMPAYRÉ.

